

TARTU ÜLIKOOL  
Sotsiaal- ja haridusteaduskond  
Ühiskonnateaduste instituut

Marta-Liina Kanter

**Üle 80-aastaste abivajadusega eakate subjektiivne heaolu  
kodustes tingimustes ja hoolekandeesutuses**

Bakalaureusetöö

Juhendaja MSW Reeli Sirotkina

Tartu 2014

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töös kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Marta-Liina Kanter

02.06.2014

## **Abstract**

Over the past 20 years the percentage of elderly in the total population of Estonia has consistently increased. This puts both the medical and the social fields in a situation in which the development is necessary and inevitable. Special attention must be given to elderly who need caretaking. Because of that the aim of this bachelor thesis is to study subjective well-being by analysing the experiences of over 80-years old elderly who need everyday help.

Studies about subjective well-being can be done using different approaches. This paper uses qualitative method. In the empirical part, five thematical interviews were carried out among elderly from nursing homes and personal homes. The topics in the interviews covered overall subjective well-being, factors that influence subjective-well being, the influence of close relationships and caretaking, comparison of personal home and nursing home as a place to live.

As a result of analysis it came out that in evaluating their overall well-being, the interviewees focused mostly on one specific factor in their life – the factor that influenced them most. Other aspects were not considered and as a result of that this one factor was determinant. Mostly it was the deterioration of physical health and the loss of independent mobility. But based on the interviews it can be said that the biggest factor in elderly well-being is his or her own personality. Factors like close relationships and caretaking, which in theoretical part came out as an important elements, are not so relevant based on interviews.

**Keywords:** elderly, subjective well-being, factors that influence subjective well-being, caretaking.

## Sisukord

|  |    |
|--|----|
| Abstract.....  | 3  |
| Sisukord.....  | 4  |
| Sissejuhatus .....   | 6  |
| I. TEOREETILINE LÄHTEKOHT .....                                  | 8  |
| 1. Subjektiivse heaolu olemus .....                              | 8  |
| 1.1. Subjektiivset heaolu mõjutavad tegurid .....                | 9  |
| 1.1.1. Tervis subjektiivse heaolu mõjutajana.....                | 10 |
| 1.1.2. Lähedaste suhete roll subjektiivses heaolus.....          | 12 |
| 1.2. Subjektiivse heaolu hindamine ja selle valupunktid .....    | 13 |
| 2. Eaka toimetulek ja hoolduse tagamine .....                    | 13 |
| 2.1. Toimetuleku mõiste ja abi palumine .....                    | 14 |
| 2.2. Hooldamise võimalused – kodu või hooldekodu .....           | 15 |
| 2.2.1. Kodus hooldamise positiivsed ja negatiivsed aspektid..... | 16 |
| 2.2.2. Asutushoolduse positiivsed ja negatiivsed aspektid .....  | 17 |
| 3. Probleemipüstitus ja uurimisküsimused .....                   | 18 |
| II. METODOLOOGIA.....  | 20 |
| 1. Metodoloogiline lähtekoht.....                                | 20 |
| 2. Andmekogumismeetod .....                                      | 20 |
| 3. Valimi moodustamine ja selle kirjeldus .....                  | 21 |
| 4. Intervjuude kulg ja analüüsimeetod.....                       | 22 |
| 5. Uurimuse eetiline aspekt .....                                | 23 |
| 6. Uurija refleksiiivsus.....                                    | 24 |
| III. ARUTLEV ANALÜÜS .....                                       | 25 |
| 1. Üldine subjektiivne heaolu ja rahulolu oma eluga .....        | 25 |

|  |    |
|--|----|
| 2. Subjektiivset heaolu mõjutavad konkreetsed tegurid .....  | 28 |
| 3. Lähedaste suhete roll subjektiivses heaolus .....   | 30 |
| 4. Subjektiivne heaolu läbi hoolduse aspekti.....  | 33 |
| 5. Kogemused hooldusasutuses ja kodus viibimise kohta ning viibimiskoha roll eaka subjektiivses heaolus..... | 35 |
| Kokkuvõte ja järeldused .....  | 38 |
| Kasutatud materjalid.....  | 40 |
| Lisa 1: intervjuu kava .....   | 43 |

## Sissejuhatus

Praegu on eakate osakaal kogurahvastikus kõrgem kui kunagi varem. See asetab nii meditsiini kui ka sotsiaalvaldkonna olukorda, kus areng on vajalik ja möödapääsmatu. Eakate osakaalu suurenemine esitab uusi nõudmisi hoolekandesüsteemile tervikuna (Eakate hoolekande...). Rahvastiku vananemisega kaasneb ka nende eakate koguarvu suurenemine, kes vajavad vanusest tuleneva abivajaduse tõttu igapäevast kõrvalabi. Põhjusel, et eakate hooldusvajadus on ülejäänud elanikega võrreldes suurem, tuleb eakate hoolekandesse edaspidi panustada rohkem aega ja raha (Eakate hoolekande...).

Selle tõttu on üha enam esile tõstatunud küsimused abivajavate eakate hoolduse ümber. Nii hooldusasutuste tööjõu kvaliteet ja teenused kui ka omastehooldus kodus on teemad, mis on esile toonud palju arutelusid ja veel lahendamata küsimusi. Arutelude osapoolteks on tihti nii hooldusasutuste töötajad, eakate lähedased kui ka sotsiaalpoliitika kujundajad. On kindel, et koostöö erinevate osapoolte vahel on oluline, kuid tihti jäävad tähelepanuta inimesed, kelle jaoks hoolekandesüsteemi muudetakse.

Kuidas tunnevad ennast igapäevase kõrvalabi vajadusega eakad ise ja milliseid mõjureid näevad nemad oma heaolu kujundajatena, on just need küsimused, millest sai alguse siinne bakalaureusetöö. Intervjuude käigus palusin uuritavatel kirjeldada enda igapäevast heaolu ja seda mõjutavaid tegureid. Eraldi on vaatluse all abivajadus ja lähedaste suhete olemasolu kui faktorid, mis mõjutavad eaka inimese rahulolu.

Töösse on põimitud mitu erinevat aspekti: üle 80-aastased eakad, subjektiivne heaolu ja seda mõjutavad tegurid ning hooldusasutuse ja kodu võrdlus. Üritan nimetatud kontseptsioone omavahel siduda ning luua ühtset tervikut, mis aitaks paremini mõista eakate endi arvamust oma heaolust. Eesmärk ja selles sisalduvad aspektid on bakalaureusetöö jaoks ambitsioonikad, kuid tunnen, et minu erialaseks arenguks vajalikud.

Töö jaotasin kolmeks peatükiks. Esimene neist annab teoreetilise ülevaate käsitletavate teemade kohta: subjektiivne heaolu, eaka toimetulek ning kodus ja hooldusasutuses viibimise positiivsed ja negatiivsed aspektid. Esimeses osas kirjeldan ka probleemiseadet ja põhjusi, miks valisin just sellise teema oma bakalaureusetööks. Teises osas annan ülevaate

metodoloogias. Kirjeldan metodoloogilist lähenemisviisi, andmekogumise- ja analüüsimeetodit, valimit ning selle moodustamist. Kolmanda osa moodustab arutlev analüüs, mille aluseks on selle töö jaoks tehtud intervjuud. Analüüsi jagasin omakorda viieks osaks, mis käsitlevad töö eesmärke erinevatest aspektidest lähtudes. Analüüsi põimisin aruteluga.

Soovin tänada oma juhendajat Reeli Sirotkinat heade nõuannete, sõbraliku suhtumise ja järjepideva toetuse eest. Kasulike kommentaaride eest tänan Judit Strömplit. Samuti tänan kõiki uurimuses osalenud intervjuueeritavaid nende panuse eest.

# I. TEOREETILINE LÄHTEKOHT

## 1. Subjektiivse heaolu olemus

Heaolu määratlemisel on kahte erinevat suunda järgivat lähenemisviisi. Esimene neist käsitleb heaolu objektiivselt ja sellisel juhul annavad hinnangu indiviidi heaolu kohta teised. Subjektiivse hinnangu puhul kirjeldab indiviid oma heaolu ise. Kuna on märgitud, et eakad inimesed on oma tervise ja selle läbi heaolu suhtes sageli paremal arvamusel kui kõrvalseisjad (Tilvis, Sourander 1993), näen subjektiivses heaolu hinnangus antud uurimuseks parimat lähenemisviisi. Teoreetilises peatükis vaatlen täpsemalt, mis on subjektiivne heaolu ja millised tegurid seda mõjutavad.

Ed Diener'i (1997) järgi on subjektiivne heaolu hea enesetunne ja rahulolu oma eluga. Selle definitsiooni järgi nähakse subjektiivset heaolu kui individuaalset üleüldist hinnangut oma elule ja enesetundele (Eid, Larsen 2008). Teisisõnu kasutatakse subjektiivset heaolu viitamaks sellele, mida indiviid mõtleb oma elust ja kuidas ta ennast sellele mõeldes tunneb (Dolan jt 2009 kaudu; Diener, Suh, Lucas & Smith 1999).

Subjektiivse heaolu üheks aspektiks on emotsioonide kontrollimine ja reguleerimine (Grann 2000). Sellest johtuvalt saab öelda, et indiviidil on kõrge subjektiivne heaolu, kui ta kogeb rahulolu eluga ja sagedast rõõmu ning harva ebameeldivaid emotsioone nagu kurbus või viha. Kui indiviidil on madal subjektiivne heaolu, on ta rahulolematu oma eluga, kogeb vähe rõõmu ja kiindumust ning tunneb sagedasti negatiivseid emotsioone nagu viha ja ärevus. (Eid, Larsen 2008 kaudu; Diener, Suh & Oishi 1997)

Erinevates subjektiivse heaolu uuringutes on kasutatud erinevaid termineid. Näiteks heaolu (*well-being, welfare*), subjektiivne heaolu (*subjective well-being*), rahulolu (*satisfaction*), rahulolu eluga (*life satisfaction*), elukvaliteet (*life quality, quality of life*) jne. Neid termineid on kasutatud läbisegi ja kohati samatähenduslikult. (Mäe 2013 kaudu; Easterlin 2001; Drabsch 2012) Sellest johtuvalt kasutan siinses töös termineid „subjektiivne heaolu“, „heaolu“, „rahulolu“ ja „rahulolu eluga“ samatähenduslikult, viidates nendega selles alapeatükis väljatoodud definitsioonist tulenevale sisulisele tähendusele.



### **1.1. Subjektiivset heaolu mõjutavad tegurid**

Subjektiivset heaolu nähakse kui indiviidi isiklikku hinnangut omaenda üldisele heaolule ja elule. Siiski tuleb teada, et subjektiivset heaolu mõjutavad mitmed tegurid, mis tulenevad nii inimese enda isikupärast kui ka ümbritsevast keskkonnast.

Üleüldiseks subjektiivset heaolu mõjutavaks teguriks on peetud nn jagatud arvamust heast elust. Seda nimetatakse sotsiaalse võrdluse teooriaks, mille järgi enda subjektiivset heaolu hinnates individ võrdleb elu, mida ta hetkel elab, eluga, mis ühiskondlik-kultuurilise arvamuse kohaselt on hea. Kuid tuleb meeles pidada, et sotsiaalne võrdlus on piiritletud elu nende aspektidega, kus see võimalik on. Võimalik on see eluvaldkondades, mis on teistele avalikud, näiteks töökoht, majanduslik jõukus ja välimus. Tegurite puhul, mis on teiste eest varjatunud, näiteks tervis ja peresisesed suhted, ei ole jagatud arvamus nii oluline. (Eid, Larsen 2008)

Ühelt poolt saab individ võrrelda oma elu teistega, sh ühiskondlike ootuste ja stereotüüpidega. Teiselt poolt saab individ subjektiivset heaolu mõjutada oma sisemise võrdluse läbi. Võrdluse aluseks on tema ootused ning nimetatud ootuste reaalne täitumine. Ootused võivad olla seatud sotsiaalsetele olukordadele, suhetele, enesehinnangule, majanduslikule seisule ja muudele eluaspektidele. Neid ootusi võrreldakse sellega, kuidas individ olukorda reaalsetel esinemisel subjektiivselt tajub. (Grann 2000)

Lisaks teguritele, mis mõjutavad inimese heaolu üldiselt, on nimetatud ka kindlaid faktoreid, mis läbi positiivsete või negatiivsete emotsioonide kallutavad indiviidi heaolu ühes või teises suunas. Dolan, Peasgood ja White (2009) jagavad subjektiivset heaolu mõjutavad faktorid seitsmesse kategooriasse:

1. sissetulek;
2. personaalsed karakteristikud, sh nii füüsiline kui ka psüühiline tervis;
3. sotsiaalsed karakteristikud;
4. ajakasutus;
5. hoiakud ja uskumused nii enda, teiste kui ka elu suhtes;
6. suhted;
7. laiem majanduslik, sotsiaalne ja poliitiline keskkond.

Erinevate tegurite mõju suhtes on vastakaid arvamusi. Näiteks viitavad üldised uurimistulemused sissetuleku suuruse ja subjektiivse heaolu positiivsele seosele (Dolan jt 2009), st et suurema sissetulekuga indiviididel arvatakse olevat kõrgem subjektiivne heaolu. Samas on ka leitud, et positiivne mõju võib tuleneda pöördelisest põhjuslikkusest (*reverse causation*). Seda arvamust kinnitavad uurimused, mille järgi on kõrgem subjektiivne heaolu suurema sissetuleku eelduseks (Dolan jt 2009 kaudu; Diener, Lukas, Oishi & Suh 2002; Graham, Eggers & Sukhtankar 2004; Marks & Flemming 1999; Schyns 2001).

Kirjeldatud näidet saab üle kanda ka teiste tegurite suhtes. Nii saab üks faktor olla subjektiivse heaolu puhul nii eelduseks kui ka tagajärjeks ning nii positiivselt kui ka negatiivselt mõjutavaks teguriks. Kuidas ja kui palju see indiviidi subjektiivset heaolu mõjutab, võib sõltuda mitmest asjaolust: ühiskondlikust suhtumisest (Eid, Larsen 2008), avalikust arvamusest (ibid.), isiku enda suhtumisest (Dolan jt 2009), teiste tegurite kokkulangevusest (ibid.) ning paljust muust.

#### **1.1.1. Tervis subjektiivse heaolu mõjutajana**

Siinse bakalaureusetöö raames on oluline tähelepanu pöörata sellele, et on leitud tugev seos subjektiivse heaolu ja nii füüsilise kui ka psühholoogilise tervise vahel. Arvatakse, et eaka inimese elukvaliteet on seda parem, mida nooremana tunneb ta oma tervise ja füüsilise vormi olevat (Tilvis, Sourander 1993). Füüsilise tervise halvenemine konkreetsete ilmingute tagajärjel, nagu infarkt, insult või mõni muu haiguslik seisund, vähendavad subjektiivset heaolu (Dolan jt 2009 kaudu; Shields & Wheatley Price 2005). Samas tuleb kindlasti täheldada seda, et kuigi füüsilise tervise halvenemine võib mõjuda eaka subjektiivsele heaolule negatiivselt, ei pruugi see olla rahulolu puudumise peamiseks põhjuseks. (Ward jt 2012)

Füüsilise tervise halvenemisele pööratakse subjektiivse heaolu uuringutes rohkem tähelepanu põhjusel, et tihti võib see olla teiste negatiivsete tegurite tekitajateks või võimendajateks. Näiteks kui liikumisvõime vähenemine ei ole kompenseeritud abivahendiga või teiste inimeste abiga, võib see takistada indiviidi suhtlust teistega, olles selle läbi ka teguriks, mis süvendab selliseid negatiivseid faktoreid nagu isolatsioon ja üksindustunne. Antud ilming esineb ka kurtuse või kõne kaotuse korral, mis pärsivad tavapärast suhtlust teistega. (ibid.)

Füüsilise tervise halvenemise ja sellega kaasnevate muutuste kohta on aga leitud, et aja jooksul inimesed kohanevad oma halvema tervisliku seisundiga. Sellest tulenevalt ei ole seotud mitte ainult subjektiivne heaolu ja füüsiline tervis, vaid ka subjektiivne heaolu ja halvema füüsilise seisundi esinemise kestus. Muutustega kohanemine mõjutab indiviidi subjektiivset heaolu positiivselt ning vähendab tervise halvenemisest tulenevate negatiivsete emotsioonide mõju üldisele rahulolule. Siiski ei ole kohanemisprotsess täielik ning teatud negatiivne efekt säilib. (Oswald 2008)

Vähem ilmsed, aga mitte vähem olulisemad, on psühholoogilised vajadused, nagu näiteks vajadus kuuluda ja kasutada oma potentsiaale enesearenguks (Eid, Larsen 2008). Selle tõttu on märgitud, et inimese vaimne tervis avaldab tema subjektiivsele healole rohkem mõju kui füüsiline tervis (Dolan jt 2009).

Siinkohal tuleb tähelepanu pöörata haiguslikele seisunditele, mis mõjutavad indiviidi meeleolu ja tuju ning võivad selle läbi pärssida tema subjektiivset heaolu. Hilise ea meeleoluhäired jäävad tihti tähelepanuta, kuna tujude kõikumist omistatakse kõrge vanusega kaasnevaks teguriks. Selle tõttu on ravi sageli ebapiisav. Meeleolu mõjutavaid häireid on enim täheldatud eakatel, kellel on mõni krooniline haigus, kes viibivad haiglas või on pikaajaliselt viibinud hooldusasutuses. (Gebretsadik jt 2006)

On ka mitmeid füüsilisi haigusi, mille üheks kõrvalmõjuks on muutused indiviidi psüühikas ja selle protsessides. Üheks selliseks haiguseks on näiteks Parkinsoni tõbi. Kuigi Parkinsoni tõbe vaadeldakse peamiselt kui motoorikat häirivat haigust, siis on sellel oluline mõju ka indiviidi tujule ja mälule. Selle tõttu on haiguse varastes staadiumites täheldatud depressiooni tunnuseid. Hinnanguliselt võivad ligi pooled Parkinsoni tõve haiged kaasuva sümptomina põdeda kliinilist depressiooni. (Mood & Memory...)

Üks levinud, kuid vähemtuntud indiviidi üldist heaolu mõjutav häire on apaatia. Apaatiat vaadeldakse meditsiinilises kontekstis kui psühhiaatrilist sündroomi, mille põhitunnusena nähakse huvi- ja motivatsioonipuudust. Laiemas kontekstis kasutatakse apaatiat terminina, mis viitab huvi ja emotsioonide vähesusele või puudumisele. Tähelepanu tulebki pöörata asjaolule, et selle sündroomi ühe olulise kaasuva ilminguna on täheldatud nii positiivsete kui ka negatiivsete emotsioonide puudumist. Selle läbi on see mõjutavaks teguriks indiviidi

igapäevase elu kogemisel ja subjektiivse heaolu kujunemisel. Kuigi apaatia on levinud häire, eriti eakate hulgas, jäetakse see tihti tähelepanuta. (Ishii jt 2009)

### **1.1.2. Lähedaste suhete roll subjektiivses heaolus**

Subjektiivset heaolu on tugevamalt seostatud ka sotsio-emotsionaalsete teguritega nagu sõprussuhted, perekond ja muud kogukonnad (Eid, Larsen 2008). Kuna erinevad nii kvalitatiivsed kui ka kvantitatiivsed uurimused on näidanud lähedaste suhete tugevat mõju indiviidi subjektiivsele heaolule (Eid, Larsen 2008 kaudu; Lucas, Clark, Diener & Georgellis 2003), arvan, et käsitledes indiviidi üleüldist heaolu ja psühholoogiliste vajaduste rolli selles, tuleb eraldi vaadelda indiviidi suhteid teiste inimestega.

Inimesed vajavad positiivseid ja toetavaid suhteid ning kuuluvustunnet, et säilitada oma üleüldine heaolu. Tuleb märkida aga asjaolu, et heaoluks on vajalikud tugevad ja lähedased suhted. Lihtne või pinnapealne suhtlus võõrastega ei ole piisav. (Diener, Seligman 2004) Üks väga lähedane suhe võib olla parem kui mitu pinnapealset suhet. (Tilvis, Sourander 1993)

On leitud, et puudulikud lähedased suhted või halvad sotsiaalsed suhted mitte ainult ei pärsi positiivseid emotsioone ja tundeid, vaid tekitavad ka negatiivseid (Diener, Seligman 2004). Negatiivne tunne, mida seostatakse lähedaste suhete puudumisega, on üksindustunne. Kuna üksindustunne on seotud nii psüühilise kui ka füüsilise tervisega, tuleks sellele rohkem tähelepanu pöörata. (Tilvis, Sourander 1993)

Üksindustunde puhul räägitakse inimese subjektiivsest kogemusest, mis väljendub suuremas vajaduses sotsiaalsete suhete järele. Üksindustunne võib olla tingitud mitmetest asjaoludest: seltsi puudumisest, kalli inimese kaotusest, turvalisuse puudumisest, abitusest. Eaka üksindust on seostatud ka teiste teguritega, nagu turvalisuse puudumise ja hirmudega oma terviliku seisundi pärast. See tähendab, et üksindustunne suurendab teiste negatiivsete tegurite mõju. (ibid.)

Kuigi üldiselt nähakse üksindustunnet – eriti pikaajalist üksindust ja üksiolemist – kui tegureid, mis mõjutavad inimese füüsilist ja psüühilist tervist negatiivselt, on täheldatud, et üksindusse suhtumine sõltub isiksusest. On eakaid, kes eelistavad üksinda olemist ning neil ei teki sellest üksindustunnet. (ibid.) Mõnel juhul võivad perekond ja lähedased suhted olla

keerulised ning eakale inimesele mureallikaks. See võib olla üheks põhjuseks, miks eakas soovib olla pigem üksinda. (Ward jt 2012)

## **1.2. Subjektiivse heaolu hindamine ja selle valupunktid**

Ühiste standardite puudumine heaolu mõõtmisel on tekitanud olukorra, kus hindamisel kasutatakse väga erinevaid meetodeid ja lähenemisviise. Seeläbi on ka saadud andmed ja tulemused erinevad. Praeguse olukorra tõttu leitakse, et vajalik oleks heaolu hindamise süstematiseerimine. (Diener, Seligman 2004)

Teine põhjus, miks subjektiivseid hinnanguid (eriti enesehinnanguid) ei peeta tihti adekvaatseteks, on see, et subjektiivse heaolu hindamise protsessi võivad mõjutada mitu tegurit. Suurimaks mõjutajaks subjektiivse heaolu hindamisel peetakse hetkemeeleolu ja hetkeolukorda. (Eid, Larsen 2008) Arvatakse, et konkreetset uurimise hetkel rolli mängivad faktorid avaldavad olulist mõju indiviidi vastustele (Eid, Larsen 2008 kaudu; Schwarz & Strack 1999), sh eelnevad küsimused, mis põhjustavad mõne konkreetse eluvaldkonna suurema mõju üldisele hinnangule (Eid, Larsen 2008).

Selle väite ümberlukkamiseks on läbi viidud mitmeid uurimusi (Eid, Larsen 2008 kaudu; Pavot & Diener 1993, Schimmack, Bockenholt & Reisenzein 2002, Eid & Diener 2004, Schimmack & Oishi 2005), mis ühel või teisel moel näitavad, et hetkeolukorra mõju subjektiivse heaolu hindamisel on olemas, kuid sellest hoolimata on enesehinnangud usaldusväärsed ja põhjendatud.

## **2. Eaka toimetulek ja hoolduse tagamine**

Kui Eesti taasiseseisvumise järel 1992. aasta alguses oli üle 80-aastaste osakaal kogurahvastikust vaid 2,6%, siis 2014. aasta alguseks on see suurenenud 4,9%-ni. (Eesti Statistikaamet) Kõigi eakate (üle 65-aastaste) osakaal on suurenenud rohkemgi, moodustades nüüd kogurahvastikust koguni 18% (Eakate hoolekande...) Selle tõttu on eakate heaolu nii tervishoius kui ka sotsiaalvaldkonnas kujunenud oluliseks teemaks.

Enne kui vaatleme lähemalt eaka inimese toimetulekut ja selle häirimisel abivajadusest tulenevaid emotsioone, tuleb tähelepanu juhtida asjaolule, et eakad inimesed teadvustavad

endale oma iseseisvuse vähenemist. Sõltuvust teistest on nähtud eaka inimese subjektiivse heaolu ühe keskse tegurina. (Older people... 2004)

## 2.1. Toimetuleku mõiste ja abi palumine

Iga inimese üleüldisel iseseisva toimetuleku hindamisel saab täpsemalt vaadelda kolme valdkonda: eneseteenindustoimingud, majapidamistoimingud ning isiku mobiilsus (Pearson 2000 kaudu; Spector 1990). Need kolm valdkonda hõlmavad tegevusi, mis on vajalikud igapäevases elus toimetulemiseks. Tegevuste loetelu on näha tabelis. (Pearson 2000)

| Eneseteenindustoimingud                           | Majapidamistoimingud  | Mobiilsus  |
|---|-----------------------|--|
| riietumine  | söögi tegemine        | kõndimine  |
| pesemine  | koristamine           | treppidel käimine                                  |
| söömine   | poes käimine          | tasakaal   |
| hügieen (hammaste pesemine, juuste kammimine jne) | raha kasutamine       | minek ühest kohast teise<br>( <i>Tranferring</i> ) |
| tualeti kasutamine                                | transpordi kasutamine |  |
| inkontinents                                      | telefoni kasutamine   |  |
|   | ravimite tarvitamine  |  |

(Pearson 2000)

Iga tegevuse puhul hinnatakse erinevaid aspekte (ibid.):

- kõrvalabi vajaduse suurus;
- tegevuse kiirus;
- valu suurus tegevuse ajal;
- teostamise kvaliteet;
- turvalisus.

Kuidas need kolm valdkonda ja neis kajastatud tegevused vastastikku toimivad, annavad ülevaate eaka funktsionaalsest toimetulekust kindlal ajahetkel. Kuna eaka inimese toimetulek sõltub tema füüsilisest ja psüühilisest tervisest, aga ka elukeskkonnast (Tilvis, Sourander 1993), saab eaka toimetulekut defineerida kui tema füüsilise, emotsionaalse ja

psühholoogilise võimekuse koostoimimist ning välise või füüsilise ja sotsiaalse keskkonna mõju sellele. (Pearson 2000)

Abivajadus ilmneb juhtudel, mil vähemalt üks eespool kirjeldatud valdkondadest on häiritud ja toimetulekuks on vaja kõrvalist abi ehk mõnda abivahendit või teist isikut. (ibid.) Seega sõltub abivajadus sellest, milliste toimingutega eakas iseseisvalt hakkama saab. Selle tõttu võib abivajadus hõlmata ühte või mitut valdkonda ning ühte või mitut tegevust nendes valdkondades. (Pearson 2000; Ward jt 2012)

Seda kirjeldust saab üle kanda ka Eesti konteksti. Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse (1999) järgi kõrvalabi või juhendamine on abi osutamine inimesele, kes ei tule iseseisvalt toime söömise, hügieenitoimingute, riietumise, liikumise või suhtlemisega. Abivajaduse hindamise etappe ega täpsemaid kriteeriume ei ole Eestis aga ette kirjutatud (Eesti hoolekande...). Soovituslike juhiste järgi tuleks kasutada tunnustatud hindamisinstrumente (ibid.), millest üks on välja arendatud eelnevalt kirjeldatud definitsioonist inimese iseseisvast toimetulekust.

Abivajaduse tunnistamine ja enesele teadvustamine võib olla inimesele raske. Peamise põhjusena nähakse abi palumise vastumeelsuses iseseisvuse ja kontrolli kadumist, mida on seostatud häbitundega. Eriti avaldub see indiviidide puhul, kes on varem iseseisvalt toime tulnud ja kelle abivajadus on välja kujunenud hiljuti. Teise suure põhjusena, miks nähakse abi palumist negatiivse faktorina, on abipaluja tunne, et ta on teistele koormav. (Ward jt 2012)

Üldiselt on täheldatud, et kuigi abi palumist seostatakse negatiivsete emotsioonidega, siis teadmine, et abi on vajadusel olemas, annab eakale turvatunde, mis on heaolu tõstvaks teguriks (ibid.).

## **2.2. Hooldamise võimalused – kodu või hooldekodu**

Nii asutushooldusel kui ka koduhooldusel on omad positiivsed ja negatiivsed küljed. Meie arvamus sellest, kas hooldusvajadusega eakal on parem olla hooldusasutuses või kodus, võib suuresti erineda inimese enda subjektiivsest seisukohast. (Tilvis, Sourander 1993)

Iga otsus, mis tehakse kas koduhoolduse või asutushoolduse kasuks, peaks lähtuma eaka vajadustest. See otsus sõltub inimese enda vajadustest ja soovidest, perekondlikust olukorrast,

kättesaadavatest teenustest. (Butler, Lewis 1986) Sellest hoolimata on teada, et rohkem kui pooltel juhtudel otsustavad hooldamist vajava eaka hooldekodusse paigutamise perekonnaliikmed (Agree jt 1989 kaudu; Soldo, DeVita, Myllyluoma 1979; Townsend, Poulshock 1986).

### **2.2.1. Kodu hooldamise positiivsed ja negatiivsed aspektid**

On laialt levinud arvamus, et enamik eakatest eelistavad elukohana kodu, kuna see on turvaline ja tuttav keskkond. Kodu ühe suurima eelistusena nähakse just inimesi, kes seal eakat ümbritsevad. Kui asutushooldusel ümbritseb inimest teenindav personal ja töötajad, kelle suhe hooldatavaga jääb üldjuhul vaid formaalsele tasemele, siis kodustes tingimustes on enamjaolt lähedasemad suhted teistega. (Tilvis, Sourander 1993)

Omaste olukord võib olla aga väga keeruline. Ühelt poolt saavad omaksed leevendada eaka hooldust kodus (ibid.), teiselt poolt võivad perekondlikud suhted olla vaimselt kurnavaks nii hooldajale kui ka hooldatavale (Butler, Lewis 1986). Lähedaste hooldusega eaka eest kaasneb väga suurt emotsionaalne aspekt. Tihti toimub sellistes olukordades rollivahetus, kus varasemast hooldajast saab nüüd hooldatav. See võib esile kutsuda muutuseid mõlema osapoolte identiteetides. (Ward jt 2012)

Hooldajaks olemine lähedasele isikule on ka ajamahukas ja füüsiliselt koormav. On palju andmeid, mis viitavad asjaolule, et perekondadel on raske toime tulla hooldust vajava eaka inimesega. (Reichel 1989) Nagu eelnevalt vaatlesime, tajuvad ka abivajadusega inimesed olukorda, kus nad on teistele koormavaks ning see on üks põhjuseid, miks abi palumine tekitab negatiivseid tundeid (Ward jt 2012).

Võib eeldada, et perekonnad, kus on vaja hoolt kanda eaka eest, jagavad kohustust ja ülesandeid. Siiski üldjuhul on välja kujunenud, et suurem vastutus kandub ühele väljavalitud hooldajale. Kui antud põhihooldaja saab sobivat ja pädevat kõrvalabi ka teistelt, on tavaliselt hooldus toimiv ning põhihooldaja suudab toime tulla oma kohustusega. Kui teistepoolne toetus ei ole piisav või puudub täielikult, muutub see põhihooldajale koormavaks. (Medalie 1989)



### **2.2.2. Asutushoolduse positiivsed ja negatiivsed aspektid**

Siinses bakalaureusetöös viitan asutushooldusele ja institutsionaalsele hooldusele kui üldhooldekodule, mis on ööpäevaringseks hooldamiseks loodud hoolekandenasutus, kus viibivad inimesed, kes kõrvalabi- ja hooldusvajaduse tõttu ei ole suutelised iseseisvalt elama ning kelle toimetulekut ei ole võimalik tagada teiste sotsiaalteenuste või muu abi osutamisega (Sotsiaalministeeriumi koduleht).

Võib eeldada, et kui kodused tingimused põetamiseks ei ole piisavalt head või puuduvad isikud, kellel oleks aega, mida abivajajale pühendada, on eakal parem viibida asutushooldusel (Tivlis, Sourander 1993). Kuid eakate jaoks on kodu eriliselt oluline ning paljud nõuavad kodus elamist iga hinnaga, ka siis, kui see ei ole nende enda huvides (Butler, Lewis 1986). Selle tõttu on tihti tagaplaanile jäänud asutushoolduse positiivsed aspektid.

Hooldusasutus ei taga mitte ainult põetamise, vaid ka meditsiinilise järelvalve, sotsiaaltöö ning muud aspektid, mis on vajalikud holistiliseks hooldamiseks. Hooldekodu meeskond peaks leidma piisavalt aega eakatega tegelemiseks ning ideaalis saavad sealsed töötajad aja jooksul patsiendi jaoks n-ö teiseks perekonnaks, kellega jagada oma rõõme ja muresid. (Lipson, Pattee 1989)

Soovi jääda koju elama, saab seostada hirmuga hooldekodude ees. On välja kujunenud arvamus, mille järgi nähakse haiglaid ja hooldekodusid kohtadena, kuhu minnakse surema. Paljud eakad tunnevad, et neid karistatakse kodust äraviimisega raviks või pikaajaliseks hoolduseks. Hirmu tekitab isolatsioon, üksildus, eemaldumine varasemast elust ja tuttavatest inimestest ning igavus. (Butler, Lewis 1986)

Koos eakate üldarvu suurenemisega on möödunud kümnendil kasvanud ka hooldekodudes elavate eakate arv (Eakate hoolekande...). Selle tõttu otsitakse tänapäeval üha enam võimalusi, et vähendada hooldekodudes voodikohtade arvu ja seeläbi eakate pikaajalist hooldamist institutsioonides (Lipson, Pattee 1989; Eakate hoolekande...). Põhjuseid sellise lähenemise arendamiseks on mitmeid:

1. enamik eakaid eelistavad ise koduhooldust ja väljendavad vastumeelsust asutushoolduse suhtes;
2. koduhooldus on odavam;

### 3. koduhooldust peetakse inimlikumaks. (Lipson, Pattee 1989)

Eestis on täheldatud hooldekoduteenuste vajaduse suurenemist omavalitsuste suutmatusega pakkuda eakatele teenuseid, mis võimaldaksid neil kauem kodus hakkama saada. Just sellel põhjusel jääb koduteenuseid saavate eakate arv hooldekodudes elavate eakate arvu suurenemisele mitu korda alla. Sotsiaalministeeriumi 2011. aasta arengukavas välja toodud eesmärgi järgi peaks eakas inimene saama elada võimalikult kaua oma tavapärastes tingimustes. (Eakate hoolekande...)

Hooldekodudele esitatud ootustes on eakad ise maininud, et nende jaoks tagavad teenuse kvaliteedi töötajate pädevus, neile panustatud aeg, teenuste paindlikkus ning töötajate sensitiivsus (Ward jt 2012).

### **3. Probleemipüstitus ja uurimisküsimused**

Töötades kohalikus omavalitsuses eakate ja puuetega isikute hoolekande teenistuses sotsiaaltöötajana, puutusin iga päev kokku kõrges vanuses inimestega, kes vajasisid pidevat kõrvalabi. Selle töökogemuse jooksul nägin kahte vastandlikku arvamust. Ühelt poolt väitsid vanemad inimesed, et nad ei soovi oma kodu mitte mingil juhul jätta ning hooldekodusse minek ei ole võimalus. Teiselt poolt ei tahtnud inimesed, kes ei tulnud igapäevaselt ise toime, kodus viibida, kuna ei soovinud oma lähedastele hoolduskoormat ja sellega kaasnevat ajakulu. Nemad soovisid viibida just hooldusasutuses, mis tihti ei olnud võimalik eaka enda ja perekonna rahaliste ressursside puudumise tõttu.

Märgates kahte väga erinevat arvamust, tekkisid mul küsimused: kuidas kirjeldavad eakad ise oma heaolu ning millised tegurid on nende heaolus määravateks. Arvamuste erinevusest tulenes ka põhjus, miks valisin uuritavad nii kodust kui ka hooldekodust. See andis võimaluse võrrelda sarnasusi ja erinevusi ning eri tegurite mõju olulisust sõltuvalt elukohast. Toetudes teoreetilisest raamistikust saadud teadmistele, soovisin eraldi välja tuua kaks aspekti: abivajaduse ja lähedaste suhete olemasolu mõju üldisele heaolule.

Töö eesmärk on kirjeldada üle 80-aastaste abivajadusega eakate subjektiivset heaolu ja selle mõjureid nii kodustes tingimustes kui ka hooldusasutuses. Lähtuvalt kirjandusest pärit teadmistest ja eesmärgist, sõnastasin uurimisküsimused järgnevalt:

1. Kuidas kirjeldavad üle 80-aastased kõrvalabi vajadusega eakad oma subjektiivset heaolu ja seda mõjutavaid tegureid nii kodus kui ka hooldusasutuses?
2. Millist mõju avaldab lähedaste suhete olemasolu üle 80-aastastele eakatele nende subjektiivses heaolus?
3. Millist mõju avaldab abivajadus üle 80-aastastele eakatele nende subjektiivses heaolus?

## **II. METODOLOOGIA**

### **1. Metodoloogiline lähtekoht**

On märgitud, et inimesed võivad olla väga rahul eluga, mis võib objektiivsete hinnangute põhjal tunduda kehvana (Smith, Clay 2010). Subjektiivse heaolu teooria baseerub eeldusel, et just inimene ise suudab kõige paremini hinnata oma heaolu (Mäe 2013). Seega kasutan uurimusmeetodina kvalitatiivset lähenemist.

Kvalitatiivse lähenemise kaudu püütakse mõista ilminguid ja tõlgendada neid erinevate tähenduste kaudu (Laherand 2008 kaudu; Denzin, Lincoln 2000:3). Kvalitatiivsete uuringute lähtekohaks on tegeliku elu kirjeldamine (Hirsjärvi jt 2010) ning seda tehakse inimeste kogemuste, arusaamade ja tõlgenduste mõistmisega (Laherand 2008:24).

### **2. Andmekogumismeetod**

Andmekogumismeetodina kasutasin poolstruktureeritud intervjuud. Poolstruktureeritud intervjuu annab võimaluse ühelt poolt käsitleda teemasid, mis põhinevad teoreetilisel lähtekohal, teisalt võimaldada uurimuses osalejatel oma mõtteid vabalt avaldada. Intervjuu kava on mõeldud suunamaks intervjuueeritavat kõnelema uuringuga seotud teemadel. Poolstruktureeritud intervjuu eeliseks on aga võimalus kavast n-ö kõrvale kalduda ja juhinduda küsimuste esitamisel intervjuueeritavate eelmistest vastustest. (Patton 2002)

Intervjuu kava jagasin järgmisteks teemadeks: üldine subjektiivne heaolu ja seda mõjutavad tegurid ning abivajaduse ja lähedaste suhete olemasolu mõju subjektiivsele heaolule. Kuigi mul oli intervjuu kava, millele toetuda, lähtusin intervjuusid läbi viies võimalikult laia avatusest ja struktureerimatusest ning sellest johtuvalt lasin intervjuud juhtida uuritavatel ise. See tähendab, et kasutasin kavas olevaid küsimusi vaid intervjuu alustamisel, teemade sissejuhatamisel ja olukordades, kus uuritav kaldus teemast kõrvale. Lõpptulemusena erines iga intervjuu ülesehitus. Kava, mille koostas intervjuude läbiviimiseks, esitan töö lisana.

Kuna kvalitatiivne uuring viiakse läbi loomulikus keskkonnas, et osalejate tegelikku kogemusse sisse elada (Laherand 2008), tegin intervjuusid uuritavatele tuttavas keskkonnas: nende kodus või hooldusasutuses oma toas, kus nad viibisid.

Informatsiooni uuritavate toimetuleku, lähedaste ja elamistingimuste kohta kogusin üldiselt vahetult enne intervjuud. Kodus elavate uuritavate puhul teadsin osa vajalikust informatsioonist varasemalt, saades selle isikliku kontakti olemasolu kaudu. Ülejäänud andmed küsisin otse uuritavatelt enne intervjuud. Andmed hooldekodus elavate uuritavate kohta sain kõik vahetult enne intervjuud nii asutuse sotsiaaltöötajalt kui ka uuritavatelt endilt.

### **3. Valimi moodustamine ja selle kirjeldus**

Uurimuse valimisse kuuluvad üle 80-aastased abivajadusega eakad, kes:

- 1) elavad omas kodus või lähedaste juures ning keda hooldab mõni lähedane isik (laps, õde/vend, muu sugulane, sõbranna, tuttav);
- 2) elavad hooldusasutuses ning keda hooldavad antud asutuse töötajad.

Kvalitatiivse teadusparadigma järgi ei ole uuritavate arv esmatähtis (Laherand 2008). Selle tõttu ei seadnud ma endale eesmärki, mitut uuritavat soovin intervjuuerida. Uuritavate arv kujunes välja töö protsessi käigus vastvalt võimalustele.

Valimi moodustamisel kasutasin isiklikke kontakte – niimoodi sain endale kaks intervjuueritavat. Et leida rohkem intervjueeritavaid, kirjutasin kolmele juhuslikult valitud hooldusasutusele. Sain vastuse ühest hoolekodust, kust tänu seal töötavale sotsiaaltöötajale leidsin endale veel kolm vabatahtlikku intervjueeritavat.

Uurimissubjektiks on just eakad, kellel on raskusi toimetulekuga ja tegevuste sooritamisega vähemalt ühes teoreetilises osas kirjeldatud valdkonnas kolmest (eneseteenindus, majapidamistoimingud, mobiilsus) ning vajavad selle tõttu kõrvalabi. Hinnang abivajaduse olemasolule tegin kodus elavate uuritavate puhul ise, lähtudes nende enda toimetuleku kirjeldusest. Hooldekodus viibivate uuritavate toimetuleku kohta andis hinnangu asutuse sotsiaaltöötaja, kes ise valis intervjueeritavad vastavalt minu uurimuse eesmärgile.

Uurimuses osalemine oli kõigile intervjueeritavatele vabatahtlik. Enne nõusoleku andmist seletasin neile uurimuse eesmärki ning nende rolli selles. Uuritavad teadsid, et meie jutt lindistatakse diktofoniga, et neil on võimalus intervjuu katkestada ning et nad võivad avaldada nii palju informatsiooni, kui neile sobilik on. Uuritavad teadsid ka asjaolu, et

uuritus on tagatud nende anonüümsus kahel moel: kõigi intervjuueeritavate nimed on muudetud ning elukohta ei ole avaldatud. Uurimuses osales kokku viis inimest.

Endla on 83-aastane ning elab üksinda kahetoalises korteris. Tal on kolm last, kellest ükski ei ela temaga samas asulas. Lastega suhtleb igapäevaselt telefoni teel. Tema ametlikuks hooldajaks on määratud tütre tütre abikaasa, kes külastab teda vastavalt vajadusele. Abi on uuritaval vaja väljaspool kodu liikumisel (kasutab rulaatorit) ja koristamisel. Uuritaval on diagnoositud Parkinsoni tõbi.

Tiina oli intervjuu hetkel 84-aastane. Ta elab majas, mida on oma koduks nimetanud juba ligi 60 aastat. Uuritav elab koos nelja inimesega: tütre, tütre tütre, tütre tütre abikaasa ning nende lapsega. Lisaks sellele on uuritaval lähedased suhted naabritega ning noorema pojaga, kes külastab teda mitu korda nädalas. Abi on vaja liikumisel (kasutab rulaatorit) ning igapäevastes majapidamistoimingutes (söögi tegemine, koristamine, pesu pesemine).

Viive on 90-aastane. Ta on hooldekodus viibinud kaks ja pool aastat. Tal ei ole endal lapsi, kuid tunneb ennast lähedasemas suhtes õelastega, kes teda vähemalt korra kuus külastavad. Usaldusväärseks isikuks peab ka oma pikaajalist toakaaslast, keda nimetab heaks sõbrannaks. Uuritaval on abi vaja liikumisel (kasutab rulaatorit), igapäevastes majapidamistoimingutes ning hügieeni tagamisel.

Silja on 91-aastane ja oli intervjuu ajaks hooldekodus viibinud kolm aastat ja neli kuud. Uuritaval ei ole lapsi. Lähedasteks isikuteks peab õetütart ja õepoja naist, kes teda peaaegu iganädalaselt külastavad. Abi on vaja uuritaval nii liikumisel, kõigis majapidamistoimingutes kui ka eneseteeninduses (tualetis käimisel ja üle keha pesemisel).

Leida on 88-aastane. Üldiselt elab uuritav tütre juures. Intervjuu hetkel viibis ta hooldekodus intervallhooldusel. Ta viibis hooldekodus detsembris ning aprillis kuu aega. Lähedaseimateks inimesteks nimetab tütart ning kodust naabrit. Abi on vaja uuritaval liikumisel (kasutab rulaatorit või ratastooli) ning igapäevastes majapidamistoimingutes.

#### **4. Intervjuude kulg ja analüüsimeetod**

Intervjuud viisin läbi kolmel järjestikusel päeval aprillis 2014. Kahe intervjuueeritava, Tiina ja Endlaga, kohtusin nende kodudes. Teiste uuritavatega viisin intervjuu läbi hooldusasutuses

nende toas. Lühim intervjuu kestis 13 minutit ning ülejäänud jäid vahemikku 25-35 minutit. Intervjuud lindistasin diktofoniga ja helisalvestused transkribeerisin.

Analüüsimeetodina kasutasin kvalitatiivset sisuanalüüsi, mida rakendatakse tekstiandmete sisu subjektiivseks tõlgendamiseks süstemaatilise liigendamise- ja kodeerimisprotsessi ning teemade või mustrite kindlaks tegemise abil (Laherand 2008 kaudu; Hsieh, Shannon 2005:1278). Sellest lähtuvalt ma kodeerisin intervjuudest saadud transkriptsiooni. Koodidest moodustasin kategooriad, millest hakkasin arutelu üles ehitama.

## **5. Uurimuse eetiline aspekt**

Kuna kvalitatiivses uurimuses tuleb uuritava kogemus välja tuua puhtana, sellisena, nagu see ilmneb, peab uurija kõrvale jätma oma esialgsed oletused ja eelarvamused. (Laherand 2008) Seda põhimõtet oli raske järgida andmeanalüüsi tegemisel. Raske oli ilma eelarvamusteta ja varasemalt tekkinud tähendusteta leida tekstist tähendusüksused, mis annaksid edasi just uuritavatele olulisi kogemusi ning nende arvamusi intervjuu jooksul käsitletud teemadest. Kuna olen eelnevalt töötanud valdkonnas, mis puutub kokku abivajadusega eakatega ning nende igapäevaelu korraldamisega, olid mul kogetu põhjal kujunenud oma seisukohad. Teadlikult püüdsin need analüüsides ja arutelu kirjutades kõrvale jätta ning leida transkriptsioonist üles uuritavatele olulise. Arvan, et kuigi seda oli keeruline teha, see õnnestus, kuna analüüsi tehes nägin nii mõndagi oma varasemat arvamust teisest aspektist ja leidsin uusi teemasid, millele varem polnud ise mõelnud.

Kuna teemad, mida intervjuueeritavatega käsitlesin, olid isiklikud ning delikaatsed, esines olukordi, mil uuritavatel tekkisid intervjuu jooksul negatiivsed tunded. Kaks uuritavat hakkasid intervjuu ajal ka nutma. Nendel juhtudel lasin intervjuueeritaval rääkida nii palju, kui ta soovis, ning soovi korral teemat vahetada. Kordagi ei lõppenud intervjuu negatiivsete tunnetega ning lahkusin uuritava juurest alati siis, kui tema meeleolu oli taastunud. Samuti esines olukord, kus uuritav intervjuu ajal küll nuttis, aga peale intervjuud ta tänas, et sai kõik südameelt ära rääkida ning selle läbi teatud kergendust ja lohutust.

## 6. Uurija refleksiivsus

Nagu eelpool mainitud, viisin intervjuud läbi kolmel järjestikusel päeval. Esimese päeva intervjuu transkribeerisin vahetult peale selle toimumist. Soovisin nii parandada oma intervjuerimisoskust ja teemadele lähenemist järgmistes intervjuudes. Mõningal määral see toimus. Siiski märkasin teemasid, mida oleksin võinud lähemalt käsitleda, alles siis, kui hakkasin analüüsima. Samuti kerkis mul arutelu koostades uusi küsimusi, mida oleksin soovinud uuritavatelt küsida.

Ühe intervjuu puhul märkasin, et hakkasin intervjueeritavale esitama suunavaid küsimusi. Seda võis täheldada uuritava puhul, kes vastas avatud küsimustele väga lühidalt. Saades napsõnalised ja kaheti mõistetavaid vastuseid, hakkasin enesele teadvustamata esitama uuritavale küsimusi, mis võisid tema vastust kallutada. Märkasin seda transkribeerides ning jätsin selle tõttu teadlikult mõned tema vastused analüüsis kasutamata.

Arendasin bakalaureusetööd kirjutades kõige rohkem oskust leida intervjuu tekstist üles just uuritava jaoks oluline. Minu jaoks oli raske jätta kõrvale enda arvamused ja eeldused tulemuste kohta ning märgata seda, mida intervjueeritavad tahtsid mulle edasi anda.



### **III. ARUTLEV ANALÜÜS**

Analüüsi aluseks on uurimuse tarbeks läbi viidud intervjuud ning neist saadud andmed. Analüüsi jagasin viieks teemaks, milles käsitlen püstitatud uurimisküsimusi. Esmalt annan ülevaate intervjuueeritavate subjektiivsest heaolust ja seda mõjutavatest teguritest läbi nende endi kogemuste. Seejärel vaatan subjektiivset heaolu eraldi kahe teguri abil: lähedaste suhete olemasolu ja abivajaduse mõju. Viimasena kajastan uuritavate kogemusi nii kodus kui ka hooldekodus viibimise positiivsetest ja negatiivsetest külgedest.

Analüüsi illustreerivad intervjuueeritavate tsitaadid, mille esitasin muutumatul kujul. Väljajäetud osa tsitaadist on tähistatud märgiga /.../. Tsitaatidest jätsin välja ka lühemad pausid, sõnakordused ja üneemid, mis ei oma uuringu kontekstis sisulist tähendust. Enda poolt lisatud kommentaarid märkisin topeltsuluga.

#### **1. Üldine subjektiivne heaolu ja rahulolu oma eluga**

Uurimuse eesmärgist lähtudes juhtisin intervjuueeritavaid kirjeldama oma üldist igapäevast heaolu ning enesetunnet ja emotsioone. Lasin neil minu poolt suunatud teemadele läheneda vabalt. See tähendab, et ma ei andnud neile kindlaid kriteeriume ega tegureid, mida oma üldise rahulolu ja heaolu hindamisel arvestama peaks, taotledes vastuste ja kirjelduste võimalikult suurt avatust. Selle tulemusena ilmnes, et intervjuueeritavad lähtusid hinnangut andes erinevatest aspektidest.

Analüüsi tegema hakates oli esmalt märgata asjaolu, et kõik uuritavad lähtusid oma heaolu hinnates ühest kindlast tegurist. Üldist hinnangut andes ei vaadelnud ükski respondentidest kõiki oma elus esinevaid aspekte ja nende koosmõju koos. Kõik intervjuueeritavad võtsid hinnangu aluseks mõjuri, mis antud kontekstis on eeldatavasti nende heaolus määravaks. Sellest johtuvalt oli kokkuvõtvalt täheldada kahte lähenemist:

1. Lähenedi heaolu mõjutavast tegurist, mis on määravaks heaolu tagamiseks. Sel juhul uuritavad kirjeldasid oma heaolu lähtudes ühest kindlast positiivsest faktorist oma elus.

2. Läheneti heaolu mõjutavast tegurist, mis enim pärsib heaolu. Sel juhul uuritavad kirjeldasid oma heaolu lähtudes ühest kindlast negatiivsest faktorist oma elus.

Vastavalt sellele, millise lähenemisviisi vastaja oli valinud, andis ta ka üldise hinnangu oma elule. Intervjueeritavad Silja ja Leida, kes viibisid intervjuu hetkel hooldusasutuses, olid üldiselt rahul oma eluga, kuid leidsid aspekte, mis tekitavad negatiivseid tundeid ja mõjutavad üldist rahulolu negatiivselt. Endla ja Tiina, kes püsivalt elavad oma kodus, kirjeldasid oma elu negatiivsest küljest ehk oma heaolule hinnangut andes pöörasid tähelepanu tegurile või teguritele, mis tekitavad rahulolematust. Tiina leidis ka aspekte, mis tekitavad positiivseid tundeid ja tõstavad tema heaolu.

Kuigi uurimuse raames tehtud intervjuude põhjal saab näha mustrit, mille järgi hooldusasutuses (ühe intervjueeritava puhul küll ajutiselt) viibivad uuritavad on oma eluga üldiselt rahul ning kodus viibivate uuritavate rahulolu on väiksem, arvan, et paralleeli siia tõmmata ei saa. Tuleb arvestada ka eeldusega, et asutuses viibivad inimesed võivad karta asutusepoolseid repressioone. Kuna asutuses viibivate uuritavatega sain kontakti sotsiaaltöötaja kaudu, võivad nad karta, et nende poolt kõneldu jõuab asutuse sotsiaaltöötaja või teiste töötajateni ning selle tõttu väldivat negatiivse arvamuse avadamist asutuse kohta.

Intervjuudest ilmneb, et tegur, mis oli määravaks indiviidi üldises rahulolus või rahulolematuses, võis esineda nii hooldusasutuses kui ka kodus viibival respondendil. Vastajatel, kes lähtusid positiivsest aspektist ja selle läbi võtsid oma elu üldise hinnangu aluseks positiivsed emotsioonid, võis elus esineda ka neid negatiivseid tegureid, mis teiste vastajate puhul olid määravaks rahulolematuse põhjuseks. See näitab, et siin ei mängi rolli eaka elukoht, vaid tema isiksus.

Selle abil saame kinnitust, et üheks subjektiivset heaolu suuresti mõjutavaks faktoriks on personaalsed karakteristikud (Dolan jt 2009), mille tõttu erinevad individid võivad samas olukorras tunda ja käituda erinevalt ning sama asjaolu nende elus võib mõjuda erinevalt. Just indiviidi isiksusel ja iseloomul on suur mõju subjektiivse heaolu hindamisel (Dolan jt 2009 kaudu; DeNeve & Cooper 1998).

*Leida: „Ma olen küllaltki niisugune rõõmsameelne inimene. /.../ Ma olen üldiselt rahul ja ma olen niisugune rahusoovlik inimene. Ma ei esita niisuguseid üleliigseid pretensioone ega ei tee niisuguseid käike, mis teistele võibolla tekitaksid pahameelt või ärevust.“*

Võrreldes üldist heaolu kodus ja hooldusasutuses viibivatel uuritavatel, tuleb kindlasti arvestada tegurit, mis võib mängida suurt rolli kodus elava Endla puhul, kes kirjeldas rahulolematust oma eluga. Tal on Parkinsoni tõve diagnoos. Nagu eelnevalt vaatlesime, avaldab nimetatud haigus mõju indiviidi heaolule. (Mood & Memory...) Selles uurimuses ei ole eesmärgiks väita, et kirjeldatud tegur on antud uuritava subjektiivse rahulolu hinnagus ainukeseks määravaks teguriks. Uurimuse eesmärk on edasi anda vahetuid kogemusi eakate heaolu kohta nii, nagu nad ise neid näevad ja tunnevad. Endla jutu põhjal võib järeldada, et see haigus avaldas mõju tema üldisele heaolule ja ta näeb seda kui ühe negatiivse kogemusena oma elus.

*Endla: „Närvidest ikka ((tujulangused)). Mul on Parkinsoni haigus. /.../ Et ma käisin küll ravil ja. Aga siis kui ta ((raviarst)) pani mul kuus kapslit päevas pean ma võtma. Ja mul hakkas kõik seest valutama. Ja siis ma jätsin üldse selle rohu võtmata ja ei ole käind tema juures enam.“*

Uuritava Viive puhul on järelduste tegemine keerulisem. Tema hinnang oma üldisele heaolule on „normaalne“. Samuti ei kirjeldanud ta tegureid, mis tekitaksid temas positiivseid või negatiivseid tundeid. Raske on aru saada, kas respondendi lühike ja ebamäärane hinnang oma heaolule tulenes oskamatusest ennast selle teema puhul väljendada, soovimatusest rääkida oma emotsioonidest või apaatsusest. Ishii, Weintraubi ja Mervise (2009) järgi on apaatiat eraldiseisva või kaasuva sündroomina raske ära tunda ja diagnoosida. Kuid nagu teoorias kirjeldatud, võib nimetatud autorite kohaselt apaatsust terminina kasutada, et viidata üldisemale huvi ja emotsioonide puudumisele, mida võib öelda ka Viive puhul.

Analüüsides uuritavate üldist rahulolu, sai kinnitust ka Tilvis'e ja Sourander'i (1993) väide, mille järgi võrdlevad eakad oma üldist heaolu juba lahkunud kaaslastega ja sellega, mis niikuinii kaasneb vanadusega. See aitab eakal inimesel kohaneda oma haiguste ja puudustega. Seda fenomeni oli märgata Silja puhul, kes viibis hooldekodus mitme inimesega, kellega oli varasemalt tuttav. See, et inimesed, kellega ta varasemalt sai suhelda, ei tunne teda enam seal ära, kurvastab teda. Asjaolu, et ta saab aru oma adekvaatsusest ja heast mälust, tekitab aga

positiivseid tundeid. Ta ütleb, et on rõõmus, kui võrdleb ennast teiste hooldekodu elanikega, kes küll füüsiliselt võivad olla paremad, aga mälu ja kognitiivne pool on halvemad.

## **2. Subjektiivset heaolu mõjutavad konkreetsed tegurid**

Nagu teoreetilises osas kirjeldatud, mõjutavad indiviidi subjektiivset heaolu mitmed asjaolud. Intervjuude põhjal analüüsi koostades nägin, et rahulolu või rahulolematuse aluseks on üldjuhul võetud üks kindel positiivne või negatiivne tegur. Vaadeldes täpsemalt tegureid, mis mõjutasid intervjuueeritavate üleüldist heaolu, oli märgata, et need erinesid suuresti iga uuritava puhul.

Positiivsest aspektist lähenemist oli selgelt näha Silja puhul, kes leidis seose igapäevase heaolu ja igapäevaste vajaduste rahuldamise vahele. Tema jaoks tagab üleüldise heaolu baasvajaduste rahuldamine. Soe tuba, puhas keskkond, täis köht on need faktorid, mida ta nimetas oma healuks vajalikuks. Neist teguritest lähtudes ütles ta, et on oma eluga rahul ja tunneb ennast igapäevaselt hästi. Samas esines tema elus negatiivseid tegureid – näiteks suutmatus iseseisvalt liikuda –, mis tekitasid igapäevaselt negatiivseid tundeid, kuid tema hinnangul ei mõjutanud oluliselt üleüldist heaolu.

Tiina lähenes enda heaolu kirjeldamisel negatiivsest aspektist. Tema jaoks oli hinnangu lähtepunktiks ilmamuutus, millele viitas kui mõjurile, mis tekitab tal oma eluga rahulolematust. Ilmamuutus oli mõjutavaks, kuna see tekitas tal probleeme füüsilise tervisega ja enesetundega. Teised tegurid, näiteks suhtlus lähedastega, tekitas temas positiivseid tundeid, kuid intervjuu põhjal saab öelda, et see ei olnud määravaks üleüldisele heaolule hinnangu andmisel.

*Tiina: „Vot, see ongi imelik asi. Kui mul see ilmamuutus on. Kas siis läheb kuivaks või hakkab sadama, siis mul on niivõrd halb. /.../ Kui tervis on paha, siis on tuju ka paha.“*

Teooria põhjal saab öelda, et eaka inimese rahulolu oma eluga on seda parem, mida nooremana ta tunneb oma tervise ja füüsilise vormi olevat (Tilvis, Sourander 1993). Intervjuudest tuli selgelt välja, et just füüsilisest tervisest tulenev – täpsemalt suutmatus liikuda iseseisvalt – oli kõigil vastajatel ühiseks näitajaks. Kõik intervjuueeritavad pidasid

tervise halvenemist ja võimetust liikuda ilma abita nende heaolu rohkemal või vähemal määral negatiivselt mõjutavaks teguriks.

*Leida: „Ma üldiselt tunnen ennast normaalselt. Ainult siin kurvastab mind see, et ma ei saa liikuda. /.../ Et ma pean ratastooliga ja ratastooliga mulle kuidagi ei meeldi.“*

*Tiina: „Ma tunnen väga suurt puudust liikumisest ja ma tahaks teatris käia ja kontserdil käia, aga ei ole võimalik. /.../ Ma olen noh nagu ohjeldatud siia kodu külge.“*

*Silja: „Mul on kurb, et ma ei saa välja.“*

Kui palju see intervjuueeritavat mõjutas, ei sõltunud sellest, kas ta viibis kodus või hooldekodus, vaid sellest, kuidas oli tagatud tema kompensatoorne toimetulek. Endlat, kes saab oma korterist välja vaid harvadel juhtudel, kui keegi lähedastest viib teda arsti juurde, näis see mõjutavat enim. Tiina kirjeldas aga elamust, mil lähedased aitasid täl käia kohvikus sünnipäevapeol, väga positiivse kogemusena, millele mõeldes tekkisid tal head emotsioonid veel mitu nädalat hiljemgi.

Suutmatus liikuda ilma abita või abivahendita ei olnud mõjutajaks ainult seepärast, et oli piiratud uuritavate vaba liikumine ühest kohast teise, vaid põhjusel, et see mängib suurt rolli suhtlemisel teistega. Ward'i, Barnes'i ja Gahagan'i (2012) järgi on füüsilise tervise halvenemine teiste negatiivsete tegurite tekitajateks või võimendajateks. Nii on liikumisvõime puudulikkus või kaotus üheks isolatsiooni ja üksindustunde põhjustajaks.

Intervjuudest saadud andmete põhjal ilmnes ka Oswald'i (2008) väide, mille järgi inimesed kohanevad oma halvema tervisliku seisundiga aja jooksul. Enim tuli see välja vestlusest Viivega, kes rääkis liikumisvõime halvenemisest nii:

*„Mis seal ikka. Harjud ära kõigega. Ega nii vanalt enam neid tundeid nii palju ei ole.“*

Viiest intervjuueeritavast oli üks, kes hindas rahulolu oma eluga väga madalalt ning kellel esines igapäevaselt negatiivseid tundeid. Endla nuttis ka intervjuu toimumise ajal.

*Endla ((nuttes)): „Et mul on vahel nii halb, et ma ei saa voodist välja üldse. Ja üldse tuju (..) tujulangus on kah mul. /.../ Vahel ma nutan üksinda. /.../ Äkki hakkab nagu kujutama ette, et üksinda väga halb elada.“*

Endla ise ei osanud tuua välja täpseid põhjuseid, miks tal tekivad tujulangused ja kurvameelsus, öeldes selle kohta: „Vot ma ei tea millest“. Intervjuu jooksul jäid kõlama aga mitmed tegurid ja nende koosmõju, mis võib olla eeldatavalt mõjutajateks. Paari neist põhjustest olen käsitlenud juba eelnevalt: Parkinsoni tõbi, tervise halvenemine ja suutmatus iseseisvalt liikuda.

Samuti võib negatiivse tegurina vaadelda asjaolu, et Endla ei saanud oma kodu korras hoida. Ei olnud kedagi, kes teda selles piisavalt abistaks. Kodu korrashoid on oluline, eriti eakatele, kellel on raskusi liikumisega või kelle tervislik seisund on püsivalt halvenev. Elukeskkonna ülalpidamine on ärevuse allikaks eriti neil eakatel, kes elavad oma kodus üksinda (Ward jt 2012), nagu võis täheldada Endla puhul. Ärevust võib tekitada ka olukord, kus ei leita piisavalt usaldusväärset isikut, kellele usaldada vastutus nende toimingute eest, millega eakas ise hakkama ei saa (ibid.). Ka seda oli intervjuus lühidalt kuulda – tema hooldajaks on meesterahvas, aga Endla sõnul „meesterahvas ei taha ju koristamist“. Tema ja ta hooldaja ettekujutus puhtast elukeskkonnast erines suuresti ning see valmistas Endlale frustratsiooni.

Endla üldises heaolus mängis kindlasti väga suurt rolli tema suhtlus oma laste ja lastelastega ning suhtlemisvajadus. Seda vaatleme täpsemalt järgnevas alapeatükis.

### **3. Lähedaste suhete roll subjektiivses heaolus**

Lugedes juba läbiviidud uuringuid subjektiivset heaolu mõjutavatest teguritest, leidsin palju materjale, mis viitasid lähedaste suhete olulisusele (Diener, Seligman 2004; Eid, Larsen 2008; Lucas jt 2003; Tilvis, Sourander 1993; Levin 2000; Ward jt 2012). Selle töö teoreetilises osas on tehtud ülevaade sellistest uuringutest. Tihti on igapäevaste lähedaste suhete mõju nähtud määrava tegurina indiviidi heaolu tagamisel.

Nagu eespool kirjeldatud, käsitlesin intervjuudes esmalt uuritavate üleüldist rahulolu, andmata neile ette ühtegi kriteeriumi, millest hindamisel lähtuda. Alguses, mil intervjuueeritavad vabalt kirjeldasid rahulolu oma eluga, ei maininud otseselt mitte ükski uuritavatest lähedaste suhete mõju kui määravat tegurit nende heaolus. Analüüsi esimeses osas tõin välja erinevaid tegureid, nagu füüsiline tervis, ilmamuutus, võimetus liikuda iseseisvalt, baasvajaduste rahuldamine ja nii mõndagi muud, mida uuritavad ise mainisid või

mida sai intervjuude põhjal järeltada heaolu mõjutajatena, kuid kordagi ei räägitud lähedastest inimestest.

Oli vaid üks inimene, kes ise kaudselt mainis lähedase inimese olemasolu, ilma et oleksin küsinud. Endla kirjeldas, kuidas ta tundis ennast paremini ajal, mil abikaasa oli veel elus. Tema jaoks oli mehe kaotus midagi, mis oluliselt vähendas tema heaolu üksindustunde suurenemise tõttu. Kuid temagi peatus sellel faktoril põgusalt ja n-ö muu jutu sees.

Teoorias vaatesime, et lähedaste suhete olemasolu on indiviidi heaoluks vajalikud. Vastused küsimusele, kuidas mõjutavad lähedased suhted intervjueritavate heaolu, kinnitavad teooriat, mille järgi sotsiaalsed suhted tekitavad positiivseid emotsioone ning seeläbi suurendavad üleüldist rahulolu eluga.

*Tiina: „Päeval ma olen rahulik üksinda. Ma tean, kedagi kodus ei ole. Ja siis kui kell hakkab viis, pool kuus saama, siis ma hakkam juba ootama. No siis hakkavad juba esimesed tulema ja siis läheb elu lõbusamaks.“*

*Silja: „Mul on väga hea meel, kui ta ((õetütar)) tuleb. Natukene kurvaks lähen, kui ta ära läheb.“*

*Leida: „Niiet aga kui ta ((tütretütar)) tuleb, siis on mul suur rõõm. See on niisugune pühapäev.“*

Puudulikud lähedased suhted või halvad sotsiaalsed suhted mitte ainult ei jäta ära positiivseid emotsioone, vaid tekitavad ka negatiivseid (Diener, Seligman 2004). Seda oli märgata Endla puhul, kes küll kinnitab, et lähedaste nägemine ja suhtlus teiste inimestega tõstab tuju, kuid asjaolu, et lapsed ja lapselapsed ei leia tema jaoks piisavalt aega, mõjutab kokkuvõtvalt negatiivsemalt. See, et isikud, kellega Endla rohkem suhelda sooviks, ei suuda rahuldada tema vajadust sotsiaalse läheduse järele, tekitab temas igapäevaselt negatiivseid tundeid. Granni (2000) järgi võib sellist olukorda selgitada ka indiviidi ootustega teatud olukordadele. Halvasti mõjub see Endla heaolule sellepärast, et tema ootused ja reaalne olukord ei ühti.

Endla kompenseerib lähedaste isikute eemalviibimise inimestega, kes asuvad talle lokaalselt lähemal. Ta rääkis pikemalt oma naabrinaisest, kes on saanud talle lähedaseks just selle tõttu,

et ta on kättesaadavam kui teised olulised inimesed. Naabritega sõbrustamise üks põhjuseid võib kodus elaval eakal olla enda turvatunde suurendamine (Ward jt 2012).

Lähedaste ajapuudust kui negatiivseid tundeid tekitav faktor tuli välja teistestki intervjuudest. Ka Leida kinnitas lähedaste ajapuudust. Tema puhul on see seotud tütrega, kes teda kodus olles igapäevaselt hooldab. Ta kiidab tütar ja ütleb, et ta tütar on tubli ja hoolitsev tema suhtes, kuid lisab mitmel korral, et tütrele on „omad tööd ja tegemised“.

Negatiivselt võivad mõjutada keerulised peresuhted, mis võivad eakale olla mure ja ärevuse põhjustajateks. See võib olla ajendiks eaka soovis olla pigem üksi või eelistada asutushooldust kodule (Ward jt 2012). Rääkides endale olulistest suhetest, kirjeldas Silja pikalt olukorda kodus, kuhu ta oleks jäänud elama, kui poleks ise teinud otsust hooldusasutusse tulla. On näha, et Siljat mõjutavad lähedaste probleemid omavaheliste suhete ja tervisega. Samuti kinnitas ta, et see on üheks peamiseks põhjuseks, miks ta tahab olla hooldekodus.

*Silja: „Meil on halvad asjad suguvõsas. Jah. Ega seal midagi. Ei maksa rääkida. Kõik on halvasti. /.../ Ma pidin ju selle juurde minema, kellel mees insuldi või infarkti sai ja kes ise on, kellel endal on vähk. /.../ Ma ei kujuta ette, mis oleks saanud.“*

Rääkides suhetest teiste inimestega, tuli välja erinevus intervjuueeritavate vahel suhtlemisvajaduses. Tiina ja Silja ei tundnud suuremat vajadust suhtlemiseks. Kuid ka siinkohal tuleb tähelepanu pöörata aspektile, et Tiina suhtleb igapäevaselt lähedaste inimestega, kellega ta koos elab. Silja igapäevane suhtlus piirdub aga hooldusasutuse töötajatega ja on tema enda hinnangul pinnapealsem kui suhted kodustega. Sellest hoolimata ei tunne Silja vajadust rohkema suhtluse järele. Tema enda sõnul ei ole vaja, et ka lähedased käiksid teda nii palju külastamas.

Leida sõnul saab tema suhtlemisvajadus rahuldatud just kodus, inimestega, kellega ta tunneb end lähedasemalt. Hooldekodus ei ole tal tekkinud lähedasemaid suhteid ning sellest johtuvalt tunneb ka suuremat vajadust sotsiaalsete suhete järgi.

*Leida: „Noh see suhtlemine on siiski kuidagi nii pinnalisem. Ega selliseid suuri sõprusi ei teki. Sellepärast, et need inimesed, kes siin on, need vahelduvad. /.../ Oma perega ainult.“*



Enim oli suhtlusvajadus Endlal, kelle üheks väga suureks heaolu pärssivaks teguriks oli just üksildustunne.

*Endla: „Ma olen harjund rahvaga läbi ((kääima)), sest ma töötasin üle 16 aasta kaubanduskaupluses. /.../ Just selle pärast ma tunnen enda väga üksikult, et kõik on jäänd. /.../ Tunnen küll, et oleks ikka, käiks keegi mul siin ja. Et kasvõi räägiks minuga ja ma ei oskagi ütelda. Ma tunnen, et kui inimene on minu kõrval, et see on väga hea. Üksiku elu ei ole mitte midagi väärt, aga ma ei kujutand ette üksikut elu.“*

Nagu teooriaosas vaatlesime, siis üksinda olemise mõju igale indiviidile on erinev (Tilvis, Sourander 1993). On eakaid, kes soovivad üksinda olla, kuigi üldjuhul nähakse seda siiski heaolu pärssiva tegurina. Endla puhul võib üksindustunnet tekitada mitmete tegurite koosmõju – abikaasa kaotus, seltsi ja vestluskaaslase puudumine, turvatunde puudumine, suutmatus oma eluga iseseisvalt toime tulla. Tema puhul on kindlasti täheldada ka asjaolu, et üksindustunne suurendab teiste negatiivsete tegurite mõju üleüldisele rahulolule (Tilvis, Sourander 1993). Võib oletada, et näiteks abikaasa kaotus ja igapäevane abivajadus ei mõjutaks Endlat nii palju, kui ta elaks mõne lähedase inimesega koos.

#### **4. Subjektiivne heaolu läbi hoolduse aspekti**

Teoriasaadud ülevaate põhjal võime öelda, et sõltuvus teistest ja abivajadus on keskseks teguriks eaka subjektiivses heaolus (Older people... 2004). Tihti seostatakse seda just negatiivsete emotsioonidega (Ward jt 2012). Suurt erinevust intervjueeritavate subjektiivses heaolus oli täheldada abivajaduse palumisel ja sellega seoses tekkivates tunnetes. Ka siinkohal saab intervjueeritavad vastuste järgi jagada üldises plaanis kaheks: nendeks, kellel abi palumine ei tekita erilisi tundeid, mida muidu ei esineks, ning nendeks, kellele abi palumine mõjub negatiivselt.

Kodus elavat Tiinat abi küsimine ei mõjuta. Tiina sõnul püüab ta võimalikult palju ise hakkama saada, kuid:

*„Nad ((lähedased, kellega ta koos elab)) pakuvad vahel üleliia seda toetust.“*

Abivajaduse küsimine ei tekita temas ega tema suhtluses teistega mitte mingeid erilisi tundeid. Ka Viive sõnul ei mõjuta abi palumine teda. Sealjuures tuleb tähelepanu pöörata

asjaolule, et Viive jaoks on hooldekodus kõik ära korraldatud ning ta peab abi küsima ise väga harvadel juhtudel. Talle tehakse süüa, pestakse pesu, koristatakse ning aidatakse eneseteenindusel nii palju kui vaja. Erinevalt Tiinast ei pea ta eraldi kedagi paluma, et tema abivajadus rahuldatud saaks. Tiina puhul perekond eeldab, et ta saab antud toimingutega iseseisvalt hakkama ning sõnaline abi küsimine on igapäevane.

Hooldekodus elava Silja jaoks on abi küsimine negatiivsem kogemus. Tal tekib sellega seoses abituse tunne. Kuid siinkohal tuleb täheldada, et Silja sai varem kõigega iseseisvalt hakkama ning on abi palumisega pidanud harjuma viimase poole aasta jooksul. See võib olla teguriks, mis mõjutab tema tundeid. (Ward jt 2012)

*Silja: „Kui ma nüüd jah abi küsin, aga teinekord ma seda abi nii kiiresti ei saa. Ei jõuta ju, mina saan kõigest aru. Siis ma olen tige. /.../ No tunded on abitustunded. Aga ma olen siin kaua olnud, mul neid tundeid ei ole olnud. /.../ Nad on nüüd tekkinud. Ma sain kõigega ise hakkama.“*

Leida puhul sai võrrelda tema tundeid, mis tekivad kodus ja mis tekivad hooldekodus. Koduse olukorra kohta ütles ta, et tema tütar, kes on Leida põhiline aitaja, mõistab teda ning abisaamine ja selle küsimine on loomulik nähtus, millele ta kodus tähelepanu ei pööra. Selle tõttu ei tekita see kodus temas teistsuguseid tundeid. Hooldusasutuses sõltuvad tunded, mis tekivad seoses abi palumisega, inimesest, kellelt küsida.

*Leida: „Oleneb, kellelt ma küsin. Siin on hooldajad väga erinevad. /.../ Mõned on väga sõbralikud ja siisugused. Abivalmis ja pakuvad ise abi. Aga üks on siin hästi siisugune tõre ja ta on kuidagi. Algul oli ta väga-väga terav. /.../ Ma leian, et need inimesed, kellelt ma abi võtan, need saavad aru, et see on paratamatus, et nende töö on see. /.../ Võibolla mõnel mõni okas, mõnel läheb kauem aega, kui ta selle abi sulle kätte toob, aga oleneb, kuidas keegi on. /.../ Mõne suhtes on see ((abisaamine)) muidugi vähe positiivsem, mõne suhtes natuke negatiivsem. Aga abi ma olen alati saanud. (..) Abist ära pole keegi öelnud.“*

See, et abivajadus oleks tugevalt mõjutanud uuritavate heaolu, ei ole täheldada. Enim mängis see rolli liikumise tagamisel, mida käsitlesin eelnevalt. Kuid nagu ka lähedaste suhete olemasolu, ei maininud ükski intervjuueeritavatest abivajaduse mõju oma heaolule iseseisvalt.

Erinevalt lähedaste suhete olemasolust oli näha et abivajaduse mõju sõltub teatud määral eaka viibimiskohast. Seda just inimeste tõttu, kes tagavad hoolduse kodus või hooldusasutuses.

## **5. Kogemused hooldusasutuses ja kodus viibimise kohta ning viibimiskoha roll eaka subjektiivses heaolus**

Kuigi nii hooldusasutuste teenuste ja tööjõu kvaliteet kui ka omastehooldus on praegusel hetkel aktuaalsed teemad, ei olnud algselt uurimuse eesmärgiks vaadelda eaka elu- või viibimiskoha mõju tema subjektiivsele heaolule. Nagu eelnevalt kirjeldatud, tulenes põhjus, miks uuritavad valiti nii kodust kui ka hooldekodust, soovist võrrelda töö eesmärgist lähtuvaid aspekte: subjektiivset heaolu ja seda mõjutavaid tegureid, sh abivajaduse ja igapäevaste lähedaste suhete mõju. Intervjuudest saadud andmete põhjal on kodus või hooldekodus viibimise teema oluline eakate endi jaoks ning nad näevad selles suurt mõju oma rahulolule. Teema kerkis esile iseseisvalt kahes intervjuus ning kolmandas tõstatasin küsimuse ise.

Suhtlemisvajaduse rahuldamine ja teiste inimeste seltskond oli esimene teema, millega kerkis intervjuus Tiinaga üles küsimus kodu ja hooldekodu plussidest ning miinustest. Tiinal oli kogemus oma abivajadusega ema hooldamisest, kes soovis hooldusasutusse minna just selle tõttu, et saaks ka päeval ajal viibida koos teiste inimestega. Tiina ise tunneb, et temal ei ole selleks vajadust.

*Tiina: „Ma mäletan minu ema oli selline inimene, kes ei tahtnud üldse üksinda kodus olla. /.../ Ja siis ta oli alati väga rõõmus, kui ta sai kuskile haiglasse minna. /.../ Siis tal olid seal palatikaaslased sõbrannad. Nendega ta siis rääkis juttu ja ta ei tahtnud kunagi üksinda olla. Mul on vastupidi. Ma ei tunne üldse sellest, et ma olen üksinda.“*

Tiina alustas selle teema puhul oma emast, kuid jätkas endaga. Ta eelistab kodus olemist, kuid ütles, et on praeguseks juba leppinud sellega, et kui tema tervislik seisund halveneb niivõrd, et ei saa päeval üksinda kodus olemisega hakkama, peab minema hooldekodusse. Peamise põhjusena tõi ta asjaolu, et keegi lähedastest ei saaks päeval ajal kodus olla. See ühtib temaatikaga, millele pöörasin tähelepanu analüüsi teises osas – lähedaste ajapuudus.

Silja hakkas seoses suhtluses lähedastega ise rääkima, et hooldekodus viibimine on tema enda otsus ning lähedased (eriti õetütar) oli alguses selle vastu. Tal on väga hea meel, et viibib hooldekodus. Peamise põhjusena toob ta välja asjaolu, et kodus ei jõutaks tema eest nii palju hoolitseda, kui seda tehakse hooldusasutuses. Tema arvates on teise inimese hooldamine suur koormus, mida ta ei soovinud oma lähedastele tekitada. See oli ajendiks langetamaks otsust minna hooldusasutusse. Siinkohal tekib loomulikult oletus, et kui kodustes tingimustes oleks tagatud samaväärne hooldus, mida Silja saab hooldusasutuses, ei oleks ta soovinud oma kodust lahkuda. Kas see vastab ka tõele, ei saa kindlalt väita.

Enim probleeme näis valmistavat aga hooldusasutuste kallidus. Ka teistes uuringutes on mainitud asjaolu, et üks põhjuseid, mis tekitab negatiivseid tundeid seoses hooldusasutuste ja muude eakatele mõeldud teenustega, on nende hind. On öeldud, et see võib eakas inimeses tekitada ebakindlust ja ärevust. (Ward jt 2012)

*Endla: „Ja kui ma tahaksingi hooldekodusse minna, mul ei ole võimalust seda. MUL EI OLE VÕIMALUST. Sest et kes see kolme, no üle kolmesaja krooni natuke, või euro, saan, aga kes mind võtab. /.../ A kui ma voodisse jään, ma ei usu, et keegi tuleb mind hooldama siia. Siis ma pean hooldekodusse minema. A ma ei saa hooldekodusse minna, sest mul ei ole raha.“*

Nii Endla kui ka Tiina, kes viibisid intervjuu ajal püsivalt kodus, jutust kumas läbi mure. Kumbki neist ei maininud negatiivseid tundeid, mis neil antud temaatikaga seostuvad, kuid hääletoonist ja jutust võib öelda, et neid häirib teadmine, et tervise halvenemisel peavad nad muu võimaluse puudumise tõttu minema hooldekodusse. Nagu eelnevalt mainisin, tekitas enim muret hooldekodude kallidus.

*Tiina: „Aga muidugi see on jälle suur koormus perekonnaliikmetele ka. Sest olgugi, et mul on küllaltki kopsakas korralik pension, ega sellest ei piisa ju selle ((hooldekodukoha)) maksmiseks. Et see on ikka suur koormus teistele minu eest maksta.“*

Nagu teoorias kirjeldatud sõltub otsus, kas eakas jääb hooldusvajaduse korral koju või läheb ta hooldusasutusse, mitmetest teguritest. Butler ja Lewis (1986) on neist välja toonud kolm: inimese enda vajadused ja soovid, perekondlik olukord ning teenuste kättesaadavus. Kindlasti on asjaolusid, mis antud otsust mõjutavad veelgi. Intervjuude põhjal näib enim mõjutavat aga

kaks: perekondlik olukord, sh lähedaste ajapuudus eaka hooldamiseks, ning teenuste kättesaadavus, sh nende kallidus.

## Kokkuvõte ja järeldused

Siinses bakalaureusetöös uurisin üle 80-aastaste abivajadusega eakate subjektiivset heaolu ja seda mõjutavaid tegureid. Viies temaatilises intervjuus jagasid nii kodus kui ka hooldusasutuses viibivad uuritavad oma kogemusi. Intervjuudes käsitleti erinevaid teemasid, millele tuginesin arutlevat analüüsi tehes: üleüldine rahulolu eluga, heaolu mõjutavad tegurid, lähedaste olemasolu ja abivajaduse mõju subjektiivsele heaolule ning kodus ja hooldusasutuses viibimise negatiivsed ja positiivsed küljed.

See, kuidas indiviid tajub subjektiivselt teda ümbritsevaid inimesi ja keskkonda, määrab ka rahulolu oma eluga. Üldisele heaolule hinnangut andes võtsid uuritavad ühe kindla positiivse või negatiivse teguri oma elust, mis oli määravaks nende rahulolul eluga. Üldist hinnangut andes ei vaadelnud ükski respondentidest kõiki oma elus esinevaid aspekte ja nende koosmõju koos. Tegurid, mis mõjutasid uuritavate heaolu, erinesid aga oluliselt. Ühisteks negatiivseteks teguriteks olid füüsilise tervise halvenemine ja liikumisvõimetus. Negatiivsetest teguritest oli täheldada ka üksildustunnet ja lähedaste ajapuudust.

Kuna intervjuudest ilmnas asjaolu, et vastajatel, kes ütlesid end rahul olevat oma eluga, esines ka neid negatiivseid tegureid, mis teiste vastajate puhul olid määravaks rahulolematuse põhjuseks, siis võib öelda, et eaka heaolu sõltub suuresti tema enda isiksusest ja suhtumisest. Erinevad tegurid mängivad väiksemat või suuremat rolli eaka üleüldises heaolus, kuid see, kuidas inimene subjektiivselt tajub teda ümbritsevaid aspekte, on määravaks mõju suuruses ning selle läbi üldises rahulolus eluga. See asjaolu ilmnas analüüsis ning teoreetilist raamistikku üles ehitades ei leidnud ma uuringuid, kus oleks antud tegurile erilist tähelepanu pööratud. Selle tõttu arvan, et isiksuse ja iseloomu mõju subjektiivsele heaolule on üks teema, mida võiks edaspidi süvendatumalt uurida. See oli ka üks aspekt, mis oli minu jaoks isiklikult üllatav.

Teoreetilist raamistikku koostades ilmnas, et eaka heaolu kujunemisel on keskseks teguriks lähedaste suhete olemasolu ja abivajadus. Intervjuude põhjal seda väita ei saa. Ükski uuritavatest ei maininud kumbagi teguritest iseseisvalt, ilma et mina oleksin sellele tähelepanu pööranud. Ka see oli analüüsi tehes minu jaoks üllatavaks asjaoluks. Ei saa väita, et selle tõttu ei ole antud tegurid olulised eaka heaolus, kuid eakate endi kogemustel ei ole need

olulisimateks näitajateks nende rahulolul eluga. Samas kinnitasid uuritavad, et lähedaste suhete olemasolul on positiivne mõju nende heaolule. Abivajadus tekitas kas negatiivseid tundeid või ei mõjutanud eaka heaolu.

## Kasutatud materjalid

Agree, E. M.; Lipson, S.; McCullough, L. B.; Soldo, B. J. (1989). *Long-Term Care Decision Making*. Reichel, W. (toim) Clinical Aspects of Aging. Third edition. Williams & Wilkins, p 617–626.

Butler, R. N.; Lewis M. I. (1986). *Aging & Mental Health, positive psychosocial and biomedical approaches*. Third edition. Charles E. Merrill Publishing Company.

Diener, E.; Seligman, M. E. P. (2004). *Beyond money: Toward an economy of well-being*. Psychological Science in the Public Interest Vol 5, No 1, p 2–31.

Dolan, P.; Peasgood, T.; White, M. (2009). *Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being*. Journal of Economic Psychology, No 2, p 94–122.

Eakale. Hoolekandeesutused. Sotsiaalministeeriumi koduleht.

(<http://www.sm.ee/sinule/eakale/hoolekandeesutused.html> Vaadatud 13.03.2014. a.)

*Eakate hoolekande korraldus omavalitsuse hooldekodudes. Kas teenuste korraldamisel on kinni peetud seadusenõuetest ning järgitud Sotsiaalministeeriumi antud juhiseid?* Riigikontrolli aruanne Riigikogule, Tallinn, 16. aprill 2014.

Eesti Statistikaameti koduleht. Andmebaas. Rahvastik: rahvastikunäitajad ja koosseis. RV021: Rahvastik soo ja vanuserühma järgi, 1.jaanuar.

([www.stat.ee/ee](http://www.stat.ee/ee) Vaadatud 06.05.2014. a.)

Eid, M.; Larsen, R.J. (2008). *The science of subjective well-being*. New York. The Guilford Press.

Grann, J. D. (2000). *Assessment of Emotions in Older Adults: Mood Disorders, Anxiety, Psychological Well-being, and Hope*. Kane, R. L.; Kane, R. A. (toim) Assessing Older Persons. Oxford University Press, p 129–169.



Gebretsadik, M.; Jayaprabhu, S.; Grossberg G. T. (2006). *Mood Disorders in the Elderly*. Journal of Medical Clinics of North America. No 90, p 789–805.

Hirsjärvi, S.; Remes, P.; Sajavaara, P. (2010). *Uuri ja kirjuta*. Kirjastus Medicina. Tallinn.

Ishii, S.; Weintraub, N.; Mervis J. R. (2009). *Apathy: A Common Psychiatric Syndrome in Elderly*. Journal of the American Medical Directors Association. No 9, p 381–393.

Kahneman, D.; Krueger, A. B.; Schkade, D.; Schwarz, N.; Stone, A. (2004). *Toward National Well-Being Accounts*. American Economic Review Papers and Proceedings, Vol 94, No 2, p 429–434.

Laherand, M.-L. (2008). *Kvalitatiivne uurimisviis*. Tallinn. OÜ Infotrükk.

Levin, C. (2000). *Social Functioning*. Kane, R. L.; Kane, R. A. (toim) Assessing Older Persons. Oxford University Press, p 170–199.

Lipson, S.; Pattee, J. J. (1989). *Medical Care in the Nursing Home*. Reichel, W. (toim) Clinical Aspects of Aging. Third edition. Williams & Wilkins, p 534–541.

Medalie, J. H. (1989). *The Elderly and Their Families*. Reichel, W. (toim) Clinical Aspects of Aging. Third edition. Williams & Wilkins, p 477–486.

*Mood & Memory in Parkinson's Disease*. The center for Parkinson's Disease and Movement Disorders. The University of Chicago Medical Center.

(<http://parkinsons.bsd.uchicago.edu/moodmemory.html> Vaadatud 06.05.2014. a.)

Mäe, A. (2013). *Subjektiivne heaolu ja seda kujundavad tegurid rahvusgruppide lõikes Euroopa sotsiaalhuringu andmete põhjal*. Magistritöö. Tartu: Tartu Ülikool: Majandusteaduskond: Rahvamajanduse instituut.

*Older People – Independence and Well-being. The Challenge for Public Services*. (2004). Audit Commission for local authorities and the National Health Service in England & Wales.

([http://archive.audit-commission.gov.uk/auditcommission/sitecollectiondocuments/AuditCommissionReports/NationalStudies/OlderPeople\\_overarch.pdf](http://archive.audit-commission.gov.uk/auditcommission/sitecollectiondocuments/AuditCommissionReports/NationalStudies/OlderPeople_overarch.pdf) Vaadatud 07.05.2014. a.)

Oswald, A. J.; Powdthavee, N. (2008). *Does happiness adapt? A longitudinal study of disability with implications for economists and judges*. Journal of public economics, Vol 92, No 5, p 1061–1077.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks: Sage. Third edition.

Pearson, V. I. (2000). *Assessment of Function in Older Adults*. Kane, R. L.; Kane, R. A. (toim) Assessing Older Persons. Oxford University Press, p 17–48.

Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus. RT I, 21.03.2014, 10.

Reichel, W. (1989). *Essential Principles in the Care of the Elderly*. Reichel, W. (toim) Clinical Aspects of Aging. Third edition. Williams & Wilkins, p 3–12.

Smith, C. L.; Clay, P. M. (2010). *Measuring Subjective and Objective Well-being: Analysis from Five Marine Commercial Fisheries*. Human Organization, Vol 69, No 2, p 158–168.

Tilvis, R.; Sourander, L. (1993). *Geriatría*. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim. Tõlge eesti keelde: kirjastus „Medicina“, 1996.

Ward, L.; Barnes, M.; Gahagan, B. (2012). *Well-being in Old Age: Findings from Participatory Research*. University of Brighton and Age Concern Brighton, Hove and Portslade.

## **Lisa 1: intervjuu kava**

### **I blokk – üldine subjektiivne heaolu**

1. Palun kirjeldage oma igapäevaelu ja oma üldist rahulolu eluga.
2. Mis mõjutab Teie heaolu?
3. Rääkige palun kui tihti tunnete negatiivseid tundeid – ärevust, hirmu, rahutust, muret.

### **II blokk – abivajaduse mõju subjektiivsele heaolule**

1. Kirjeldage oma tundeid, mis tekivad Teil seoses oma abivajadusega.
2. Kuidas mõjutab Teie sõltuvus teistest rahulolu enda ja oma eluga?
3. Võrrelge oma enesetunnet ja rahulolu – milline see on praegu ning milline see oli minevikus, kui saite iseseisvalt hakkama.

### **III blokk – lähedaste suhete olemasolu ja selle mõju**

1. Rääkige mulle inimestest, kellega igapäevaselt suhtlete.
  - Kui lähedaselt Te ennast nendega tunnete?
2. Kirjeldage, kuidas mõjutavad suhted teistega Teie rahulolu ja enesetunnet?
3. Kuidas mõjutab Teie abivajadus suhtlust teiste inimestega?
4. Kas tunnete suuremat vajadust inimestega suhtlemiseks?

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Marta-Liina Kanter (sünnikuupäev: 10.03.1991),

annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

„Üle 80-aastaste abivajadusega eakate subjektiivne heaolu kodustes tingimustes ja hoolekandeesutuses“,

mille juhendaja on Reeli Sirotkina,

- 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi Dspace'i lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
- 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 02.06.2014.